

申込用紙

事業所情報

事業所名称:	TEL: - -
事業所住所:	FAX: - -
ご担当者名:	

●健診費用支払方法 (該当箇所を■にして下さい)

健診コース	<input type="checkbox"/> 全額本人支払(当日) <input type="checkbox"/> 全額会社請求 <input type="checkbox"/> その他:
胃カメラへ代替	胃カメラへ代替(料金¥2,200(税込)) <input type="checkbox"/> 本人支払(当日) <input type="checkbox"/> 全額会社請求
婦人科	<input type="checkbox"/> 本人支払(当日) <input type="checkbox"/> 全額会社請求 <input type="checkbox"/> その他:
オプション	<input type="checkbox"/> 本人支払(当日) <input type="checkbox"/> 全額会社請求

※健診結果報告書の事業所控え用コピーは対応いたしかねますのでご了承ください。

※全額個人負担で受診する個人申込の方は、事業所情報欄にご自宅の住所と日中連絡先をご記入ください。

※健診費用補助がある場合は、備考欄に利用される補助をご記入ください。

上記と異なる場合にご記入下さい

- 請求先住所 〒 問診票送付先住所 〒 健診結果送付先住所 〒

	希望日	(フリガナ) 氏名	性別	保険形態	健診コース	胃検査	婦人科項目	オプション追加	受診確定日 (病院記入欄)
1	①	(フリガナ)	□ 男	保険者番号	<input type="checkbox"/> 『協会』一般健診 <input type="checkbox"/> 『協会』一般健診+付加健診 <input type="checkbox"/> 1日ドック <input type="checkbox"/> 2日コース	<input type="checkbox"/> バリウム <input type="checkbox"/> 経ロカメラ <input type="checkbox"/> 経鼻カメラ <input type="checkbox"/> 希望なし	□ 子宮頸がん □ 乳腺エコー □ マンモグラフィー		
	②			記号・番号	<input type="checkbox"/> 生活習慣病健診(松山市民病院オリジナル) <input type="checkbox"/> 脳ドック				
	③		□ S □ H 年 月 日 歳	本人・扶養	<input type="checkbox"/> 法定健診 Aコース <input type="checkbox"/> 法定健診 Bコース <input type="checkbox"/> 特定健診	※胃検査なし			
2	①	(フリガナ)	□ 男	保険者番号	<input type="checkbox"/> 『協会』一般健診 <input type="checkbox"/> 『協会』一般健診+付加健診 <input type="checkbox"/> 1日ドック <input type="checkbox"/> 2日コース	<input type="checkbox"/> バリウム <input type="checkbox"/> 経ロカメラ <input type="checkbox"/> 経鼻カメラ <input type="checkbox"/> 希望なし	□ 子宮頸がん □ 乳腺エコー □ マンモグラフィー		
	②			記号・番号	<input type="checkbox"/> 生活習慣病健診(松山市民病院オリジナル) <input type="checkbox"/> 脳ドック				
	③		□ S □ H 年 月 日 歳	本人・扶養	<input type="checkbox"/> 法定健診 Aコース <input type="checkbox"/> 法定健診 Bコース <input type="checkbox"/> 特定健診	※胃検査なし			
3	①	(フリガナ)	□ 男	保険者番号	<input type="checkbox"/> 『協会』一般健診 <input type="checkbox"/> 『協会』一般健診+付加健診 <input type="checkbox"/> 1日ドック <input type="checkbox"/> 2日コース	<input type="checkbox"/> バリウム <input type="checkbox"/> 経ロカメラ <input type="checkbox"/> 経鼻カメラ <input type="checkbox"/> 希望なし	□ 子宮頸がん □ 乳腺エコー □ マンモグラフィー		
	②			記号・番号	<input type="checkbox"/> 生活習慣病健診(松山市民病院オリジナル) <input type="checkbox"/> 脳ドック				
	③		□ S □ H 年 月 日 歳	本人・扶養	<input type="checkbox"/> 法定健診 Aコース <input type="checkbox"/> 法定健診 Bコース <input type="checkbox"/> 特定健診	※胃検査なし			
4	①	(フリガナ)	□ 男	保険者番号	<input type="checkbox"/> 『協会』一般健診 <input type="checkbox"/> 『協会』一般健診+付加健診 <input type="checkbox"/> 1日ドック <input type="checkbox"/> 2日コース	<input type="checkbox"/> バリウム <input type="checkbox"/> 経ロカメラ <input type="checkbox"/> 経鼻カメラ <input type="checkbox"/> 希望なし	□ 子宮頸がん □ 乳腺エコー □ マンモグラフィー		
	②			記号・番号	<input type="checkbox"/> 生活習慣病健診(松山市民病院オリジナル) <input type="checkbox"/> 脳ドック				
	③		□ S □ H 年 月 日 歳	本人・扶養	<input type="checkbox"/> 法定健診 Aコース <input type="checkbox"/> 法定健診 Bコース <input type="checkbox"/> 特定健診	※胃検査なし			

備考欄

松山市民病院 【健診予約専用 FAX : 089-915-2078】